HEINZ FLECKENSTEIN

AUFGABEN UND MÖGLICHKEITEN EINER SOGENANNTEN PASTORALMEDIZIN

FESTVORTRAG

GEHALTEN BEIM 375. STIFTUNGSFEST
DER JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT
ZU WÜRZBURG
IM KAISERSAAL DER RESIDENZ
AM 11. MAI 1957

WÜRZBURGER UNIVERSITÄTSREDEN

Heft 23

Druck: Andreas Staudenraus Universitätsdruckerei Würzburg

RIJKS UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

HEINZ FLECKENSTEIN

AUFGABEN UND MÖGLICHKEITEN EINER SOGENANNTEN PASTORALMEDIZIN

FESTVORTRAG

GEHALTEN BEIM 375. STIFTUNGSFEST
DER JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT
ZU WÜRZBURG
IM KAISERSAAL DER RESIDENZ
AM 11. MAI 1957

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549803_0021

AUFGABEN UND MÖGLICHKEITEN EINER SOGENANNTEN PASTORALMEDIZIN

Mit dem Terminus „Pastoralmedizin" bezeichnet man seit nicht ganz 100 Jahren die „Zusammenfassung jener Summe von Hilfswissen aus dem Gebiete der Naturwissenschaften und der Medizin, das zur Beurteilung moraltheologischer Fragen wie zur Führung des seelsorglichen Amtes zweckdienlich erscheint" [1]), „die Summe derjenigen anatomisch-physiologischen und hygienischen, pathologisch-therapeutischen Erörterungen, deren Kenntnis dem Seelsorger zur Ausübung seines Amtes nötig ist" [2]). Es handelt sich somit um eine wissenschaftlich durchaus noch nicht fest umrissene Aufgabe im Grenzgebiet zwischen der Pastoraltheologie auf der einen und der Medizin, medizinischen Psychologie, insbesondere den neueren Bestrebungen einer Psychotherapie auf der anderen Seite [3]).

Zum wissenschaftlichen Zeitalter gehört, wie bekannt, die Überwindung der Personalunion von Priester und Arzt, die in der mythischen Epoche weithin Tatsache ist. Jedenfalls begann die abendländische wissenschaftliche Medizin bei den Griechen mit der Überwindung einer unreflektierten Einheit von theurgischen Veranlassungen (wie Tempelschlaf, Heilgebet, Beschwörungen) und medizinischen Heilmaßnahmen (wie Luftveränderung, Diätvorschriften, Aderlaß u. a.). Von Anfang an bejahten die christliche Kirche wie ihre Theologie diese prinzipielle Scheidung von Theologie und Medizin, von priesterlichem und ärztlichem Tun am kranken Menschen. Wenn auch die Mönche des hl. Benedikt mit dem Großteil des antiken Geistesgutes die Errungenschaften der antiken Medizin über die Sturmzeit der Völkerwanderung hinüberretteten, wenn auch an den Dom- und Ordensschulen des Mittelalters die Kleriker die Physica (vor Metaphysik und Theologie) studierten, wenn auch die

1) L. Ruland, Handbuch der praktischen Seelsorge, Bd. I², München, 1936, S. 5.

2) C. Capellmann - W. Bergmann, Pastoralmedizin 15, Aachen, 1907, S. 1.

3) Somit kann „Pastoralmedizin" nur sehr begrenzt eine eigene akademische Teildisziplin genannt werden, weswegen wir die Anführungszeichen bzw. das „sogenannt" hinzuzufügen pflegen.

großen Theologen des Mittelalters, in besonderer Weise etwa der Deutsche Albert von Bollstätt in der Summa de creaturis, wichtige naturwissenschaftliche und medizinische Kenntnisse tradierten, eine hl. Äbtissin Hildegard von Bingen über „Ursachen und Behandlungsmethoden der Krankheiten" schrieb, so blieb doch das Bestreben, die Bereiche in Wissenschaft und Leben zu scheiden, insbesondere die erneut erstandene Personalunion des Priesterarztes kirchenamtlich zu unterbinden. In diesem Bestreben wurde die Kirche unterstützt von den seit dem 10. Jahrhundert erstehenden gelehrten medizinischen Schulen und den seit dem 13. Jahrhundert aufblühenden Universitäten. So verbot die abendländische Kirche 1150 den Mönchen die Ausübung ärztlicher Tätigkeit, 1215 allen Klerikern der höheren Weihen die Ausübung der Chirurgie, 1219 allen Klerikern die Ausübung der Heilkunst, was bis heute (C. J. C. c. 139 § 2) geltendes kirchliches Recht ist.

Teils aus praktischen Erfordernissen der Theologie wie der kirchlichen Seelsorge, teils aus der tiefen Entfremdung zwischen Kirche und Naturwissenschaft in der Neuzeit entstanden als Hilfeleistung christlicher Ärzte oder als Selbsthilfe einzelner Theologen seit der 1. Hälfte des 17. Jahrhunderts monographische Bearbeitungen medizinischen Wissens für die Hand der Theologen und Seelsorger. (Als ein bedeutsames Beispiel dieser Art von Schriften sei nur ein weitverbreitetes und mehrfach aufgelegtes Werk aus dem 18. Jahrhundert erwähnt: die 4 Bücher des Cangiamila mit dem auf den ersten Blick seltsamen Titel: Embryologia sacra, sive de officiis sacerdotum, medicorum et aliorum circa aeternam parvulorum in utero existentium salutem). Mehr oder weniger vollständige Zusammenstellungen des dem Theologen und Seelsorger notwendigen medizinischen Wissens mehren sich seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts und tragen nun meistens den kurzen Titel „Medicina Pastoralis" (etwa J. Antonelli[5], Rom 1932) oder deutsch „Pastoralmedizin" (Olfers, Capellmann, Stöhr, u. a. bis hin zum 6-bändigen „Handbuch der speziellen Pastoralmedizin" [1]) des eben verstorbenen Wiener Professors A. Niedermeyer). Meist sind die Verfasser christliche Mediziner, häufiger Ärzte, die dem Theologen aus ihrer unmittelbaren fachlichen Zuständigkeit vermitteln, was er für Wissenschaft und praktische Seelsorge braucht; vereinzelt sind sie Theologen, die sich selbst in zusätzlichem Studium in medizinische Teilgebiete eingearbeitet haben - wie etwa mein verehrter Lehrer an der hiesigen Universität L. Ruland, dem das Verdienst zukommt, den

[1]) Wien 1949—1952; vgl. ders., Conpendium der Pastoralmedizin. Wien 1953, ders., Ärztliche Ethik (Deontologie). Grundlagen und System der ärztlichen Berufsethik, Wien, 1954.

Studierenden und Seelsorgern, die für sie bedeutsamen medizinischen Lehren vermittelt und vor allem diese organisch in sein 5-bändiges „Handbuch der praktischen Seelsorge“ [1]) eingebaut zu haben. Nimmermehr wollen die Autoren dem Theologen heilkundliches Wissen vermitteln mit dem Ziel, ihn zur Ausübung der ärztlichen Praxis zu ermuntern oder gar zu befähigen; ausdrücklich warnen vielmehr ungefähr alle vor jedem Übergriff in die Aufgabe der anderen Wissenschaft und des anderen Standes. Denn so ernst die Asklepios-Schüler es mit dem „lege artis“ nehmen, von dem sie sogar in ihrem Eid sprechen, so ernst wollen Theologie und kirchliche Seelsorge sich auf ihre spezifischen Aufgaben und deren Gesetze beschränken.

Die sog. Pastoralmedizin kann man also mit Pruner [2]) bestimmen als „eine Hilfswissenschaft der praktischen Theologie, die die Beziehungen des natürlichen Leibeslebens zur sittlichen und übernatürlichen Ordnung als Gegenstand hat, das Gebiet auf welchem sich Fragen der Theologie und der Medizin berühren und gegenseitig ergänzen“. Wenn dieser Autor hinzufügt, es gebe noch einen anderen Gegenstand dieser Hilfswissenschaft, nämlich das „gemeinsame Zusammenwirken von Priester und Arzt“ und abschließend bemerkt, die Pastoralmedizin sei die „Wissenschaft vom Verhältnis der leiblichen Natur des Menschen zur sittlichen und übernatürlichen Ordnung und von den darauf bezüglichen Pflichten des Seelsorgers und des Arztes“, so kann er sich auch hierfür auf einige seiner Vorgänger berufen. Es kann aber nicht geleugnet werden, daß diese andere Aufgabe der Pastoralmedizin erst in allerjüngster Zeit auf der Höhe wirklicher akademischer Begegnung aufgegriffen wird. Daß dies noch offener und großzügiger als bisher geschehe, ist geradezu der Anlaß dieses Vortrags - obwohl nicht geleugnet werden kann, daß gerade für diese Bestrebungen der eingebürgerte Name nicht ganz angemessen, zumindest nicht ausreichend erscheint.

I.

In der ersten Aufgabe einer sog. Pastoralmedizin geht es um einen *Dienst der Medizin an der Theologie bzw. den praktischen Seelsorgern,* um die Vermittlung eines gewissen Maßes medizinischer Erkenntnis und Erfahrung an die in Lehre und Forschung oder in der seelsorglichen Praxis stehenden Theologen.

(1) Noch weithin äußerlich, daher wissenschaftlich an sich und in

[1]) München, 1930—1940.

[2]) Wetzer und Welters, Kirchenlexikon, Bd. IX², Freiburg, 1895, S. 1583—85.

sich wenig problematisch erscheint das Verhältnis *des kirchlichen Rechtes* und der kirchlichen *Verwaltung* zum medizinischen Wissen bzw. Fachmann. Wie jede andere Verwaltung, so bedarf auch die kirchliche der Begutachtung der Bewerber bezüglich ihrer Eignung für gewisse Ämter. Das kirchliche Recht hat bekanntlich von alters her besonders strenge Forderungen auch über die körperliche Gesundheit und Integrität der Bewerber um die hl. Weihen erstellt. Auch im Bereiche des kirchlichen Sakramentenrechtes ergeben sich manche Grenzfragen zur Medizin, etwa bei der Taufe, am deutlichsten naturgemäß im Eherecht und dem kirchlichen Eheprozeß (Fragen der körperlichen wie geistig-seelischen Reife, der Befähigung zum gültigen Ehekonsens, der Fähigkeit zum naturgemäßen Eheleben usw.). Wenn dabei auch die Beratung des kirchlichen Forschers oder Praktikers durch den fachlich zuständigen Mediziner in vielen Fällen ausreichen kann, erscheint es doch wünschenswert, für gewisse Fälle sogar notwendig, daß der theologische Rechtslehrer, der kirchliche Richter und höhere Verwaltungsfachmann selbst ein gewisses Maß medizinischen Wissens besitzen, um die anvertrauten Menschen recht beurteilen und behandeln zu können; vor allem aber, um mit hinlänglicher Sicherheit zu wissen, wann und in welcher Weise die jeweils erforderliche Hilfe des medizinischen Fachmannes erbeten werden muß.

(2) Wesentlich tiefer muß die medizinische Unterrichtung und Beratung im Bereiche der *christlichen Ethik und Moraltheologie* gehen.

Einmal vermag diese von der medizinischen Lehre, vorab der ärztlichen Erfahrung her Korrektur und Hilfe in der wahrhaft grundsätzlichen Frage der *menschlichen Freiheit* und damit *Verantwortlichkeit* zu gewinnen. Die Willensfreiheit, für den christlichen Theologen ein Gehalt der Offenbarung, für den Ethiker ein Postulat der praktischen Vernunft, ist gewiß theoretisch kaum zwingend zu erweisen, am wenigsten von naturwissenschaftlicher Betrachtungsweise. Aber gerade die neuere Medizin hat für zwei entgegengesetzte Thesen entscheidende Gesichtpunkte beigetragen: einmal für die These, daß es keinen *uferlosen Indeterminismus* gibt und geben kann, zu welchem die Theologie und die Seelsorge allzu leicht neigen, wenn in der Theorie seltener, dann um so häufiger in der Praxis. Es gibt aber im Menschen kein ursprünglich und ausschließlich geistiges Wollen, vielmehr nur ein Wollen, das seine Antriebskräfte vom Leiblich-Sinnlichen her erfährt. Ein stark erschüttertes Anlagegefüge, massive äußere oder innere Schädigung des Organismus können Kraft und Gesundheit dieser Antriebe angreifen oder gar vernichten. Somit ist die rechte Entfaltung von sittlichem Wol-

len und Gewissen - wie von hier nicht näher zu behandelnden sozialen Einflüssen - von der Unversehrtheit und Gesundheit des Leibes abhängig. Solche Mahnung der Medizin bewahrt die Theologie vor einer Lehre und Haltung, die ein schier uferloses, gleichsam freischwebendes liberum arbitrium als das normale ansähen, und von dort aus in die Gefahr des Rigorismus gerieten.

Andererseits erweist gerade die moderne theoretische wie praktische Medizin einen *starren Determinismus* als unmöglich, da Wissenschaftler und Praktiker um die Kraft der Persönlichkeit als Selbstmacht des Wollens und der Lebensbemeisterung wissen, um Grade sittlicher Reifung, sofern sie täglich feiges Jammern und heroischen Opfermut gegenüber dem „Schicksalsmaterial" der schweren, gar lebenbedrohenden Krankheit sehen. Sehr freimütig sprechen heute Mediziner wie Ärzte von manchem „Irrationalen", mancher „Unbekannten" in ihrer Erfahrung. Nicht wenige bedeutende Mediziner unseres Jahrhunderts bekennen sich ausdrücklich auf Grund ihrer Erfahrungen zu einem „relativen Indeterminismus" (wie die christliche Moraltheologie), wenn auch die Mehrzahl etwas vorsichtiger sich nur zu der Feststellung befugt hält, die Deutung des „zwiesprachigen" Erfahrungsmaterials der modernen Medizin sei nicht mehr in deren eigener Zuständigkeit[1]).

Hier erfährt, wie gesagt, eine Grundthese der christlichen Moraltheologie fördernde Warnung und stärkenden Unterbau in einem. Darüber hinaus erspringt aus solcher Begegnung die Mahnung zur Lebens- und Menschennähe, die eindrucksvolle Warnung vor ethischem Utopismus und Rigorismus. (Wenn in jüngerer Zeit mehrfach von protestantischer Seite die Nähe der katholischen Moraltheologie und Seelsorge zur Empirie festgestellt wurde, so gründet diese ohne Zweifel auch in der Bereitschaft neuerer Moraltheologen zur Begegnung mit den Nachbarbereichen, nicht zuletzt eben dem der Medizin).

Als Frucht dieser Begegnung erwuchsen im Forschungs- und Lehrbetrieb der heutigen - vorab deutschen - Moraltheologie erste Versuche einer systematischen Zusammenstellung der *psychologischen Grundlagen der katholischen Sittenlehre*, kurz gelegentlich auch *„Moralpsychologie"* genannt. Th. Müncker, der erste Meister dieser jungen Disziplin, bestimmt sie als „jenen Zweig der Seelenlehre, welcher die Vorgänge des sittlichen Lebens in ihrem Sein und Werden sowie in ihren leiblich-seelischen Zusammenhängen

[1]) Vgl. dazu auch das bzgl. Kap. in des Verf. Buch „Persönlichkeit und Organminderwertigkeiten", Freiburg, 1938, S. 286—290; ders., „Krankheit und freie Selbstbestimmung der Persönlichkeit", Regensburger Jahrbuch für ärztliche Fortbildung, I (1950) S. 1—6.

erforscht“ [1]). Es geht hier also um die normalen, individuellen, lebensgeschichtlichen inneren wie äußeren Voraussetzungen der gesunden Entfaltung der Gewissensanlage, vorab um die möglichen und tatsächlichen Störungen der gesunden Entfaltung, naturgemäß in größter Nähe zu den entsprechenden anthropologischen Erfahrungswissenschaften. Für die wichtigen Fragen des Einflusses der leiblichen Anlage, der Störung von leiblicher Krankheit und Organminderwertigkeit, von Psychopathie her, kurz für die Erstellung und Abgrenzung der Hemmnisse normaler Persönlichkeitsentfaltung von leiblichen Störungen her, ist das enge Zusammenarbeiten mit den Forschungsergebnissen der Medizin Voraussetzung. Wenn es, was heute Ärzte, medizinische Lehrer und Forscher ungefähr einmütig feststellen, keine schwere körperliche Alteration gibt, die nicht Wirkungen auf Psyche und Charakter des betreffenden Menschen hätte, von ärgerlicher Gemütsstimmung bis zur schwersten, gelegentlich sogar zur Selbsttötung führenden Verzweiflung, von der Erschwerung der mitmenschlichen Kommunikation bis hin zu schwerstem Ressentiment gegen alles Heile und Gesunde, so müssen kirchliche Moraltheologie und Seelsorge diese Tatsachen zur Kenntnis nehmen und für ihr System wie für den Umgang mit dem kranken Menschen berücksichtigen. Dies um so mehr, als manches, was heute wissenschaftlich erforscht ist, der Erfahrung der Menschheit und auch der Kirche nie ganz unbekannt war, in Volkswissen und Brauchtum, in Märchen und Sage, Dichtung und Kunst seinen Niederschlag gefunden hat. Auch die Medizin selbst konnte an den entscheidend wichtigen Zusammenhängen von Krankheit und Charakter nicht vorübersehen; drängte sich ihr doch nicht nur die Tatsächlichkeit gewisser Charakteränderungen durch körperliche Krankheit sondern sogar typischer Veränderung bei bestimmten Krankheiten förmlich auf. Wenn auch Ethik und Moraltheologie zunächst normative Wissenschaften sind, so müssen sie sich doch auch mit jenen Akten und Haltungen beschäftigen, in denen die Sittenforderung bewußt und verwirklicht wird. Eine Sittenlehre, die sich um solche „Hemmnisse“, „Beschränkungen“ der Freiheit, um mögliche und tatsächliche Gefährdungen der normalen Gewissens- und Persönlichkeitsentfaltung nicht mühen würde, und zwar ebenso in der wissenschaftlichen wie praktischen Bewältigung, geriete in die Gefahr, zwischen Kranken und Verbrechern, zwischen Sünde und Krankheit nicht zu unterscheiden, wozu doch auch das Evangelium ausdrücklich verpflichtet. Erst recht vermöchte sie nimmermehr eine dem heutigen Stande der Wissenschaft vom Men-

[1]) Die psychologischen Grundlagen der christlichen Sittenlehre, (Handbuch der katholischen Sittenlehre, hrsggb. von Fritz Tillmann, Bd. II), Düsseldorf, 1934, S. 8.

schen entsprechende *Moralpädagogik* zu erstellen, was doch angesichts der heutigen Bedrohung der Menschheit eine entscheidende Aufgabe verschiedener Wissenschaftszweige darstellt, die freilich nur im Zusammenwirken aller beteiligten Wissenschaften gemeistert werden kann.

Auch für den Bereich der speziellen, der *Einzelnormen* ist der Moraltheologie der lebendige Kontakt mit den empirischen Wissenschaften von hohem Nutzen, in gewissem Umfang sogar im strengen Sinn notwendig. Wenn es die Moraltheologie auch primär mit den Prinzipien der Lebensführung des von Christus erlösten, in Glaube und Sakrament gerechtfertigten Christusjüngers zu tun hat, so ist sie doch nicht befreit von der Aufgabe natürlicher Begründung und Erhebung von Normen ex natura rerum, aus den Seinsgesetzen der Schöpfungswelt. Zum anderen müssen diese allgemeinen natürlichen Normen, die im Evangelium weithin als selbstverständlich vorausgesetzt werden, und die übernatürlichen, die es enthält, auf immer neue Einzelsituationen des ständig tiefer erforschten und sich immerfort wandelnden Lebens angewandt werden. Nicht zufällig sind ja gerade im Bereiche der Normen des 5. und 6. Gebotes, also der pflichtmäßigen Sorge für Leben und Gesundheit, die eigene wie die der durch Amts- oder Liebespflicht Anvertrauten, für die Menschenwürde des Zusammenlebens der Geschlechter, die ersten Monographien der Pastoralmedizin entstanden. Gerade hier setzen die Einzelentscheidung des Gewissens, aber auch die pflichtmäßige Hilfe des Erziehers oder Gewissensberaters die Kenntnis der konkreten Situation, ihrer Inhalte und Aufgaben, Schwierigkeiten und Gefahren voraus. Da zudem der Moralunterricht diese Entscheidungs- und Beurteilungsfähigkeit an einzelnen, wenn auch mehr typischen Beispielen einüben muß, kann er in diesen Bereichen niemals gänzlich ohne pastoralmedizinische Hilfe auskommen. Wenn darüber hinaus Theologie und Kirche nicht darauf verzichten können und dürfen, die Funktion des Gewissens vorab der Gläubigen zu erfüllen, in etwa sogar Gewissen der Welt zu sein, allen Lebensbereichen gewisse unabdingbare Sittlichkeitsprinzipien natürlicher wie übernatürlicher Begründung gegenwärtig zu halten, müssen sie selbst fähig und willens sein, in das Gespräch mit den Vertretern der Sachgesetze des jeweilichen Bereiches, hier also der medizinischen Psychologie und der gesamten Heilkunst einzutreten und darin ständig zu verbleiben.

(3) Am einsichtigsten ist die Notwendigkeit umfassender medizinischer Beratung und Belehrung für die *Seelsorgewissenschaft und die praktische Pastoration.* (Von hier aus hat daher diese Begegnungswissenschaft ja auch den Namen bekommen). In allem

seelsorglichen Tun geht es um Menschenführung, um Gewissensberatung, um Trost und Hilfe, um Beurteilung konkreter Haltungen und Taten. Wenn die Seelsorger also bewahrt bleiben sollen vor simplizistischem Urteilen und Eifern wie vor rigoristischer Überforderung und vorschneller Verurteilung der Anbefohlenen, ja der Menschen überhaupt, dann bedürfen sie über die Vertrautheit mit den Prinzipien christlicher Sittlichkeit hinaus einer *„angewandten Pastoralpsychologie"*, die die zeit- und menschengemäßen Wege aufzuzeigen hat, auf denen die ewigen und gleichbleibenden Ziele in der jeweiligen Situation und vom konkreten Menschen erreicht werden können. Heute erfordert insbesondere die große Zahl jener „Mühseligen und Beladenen", die in unseren sich ständig komplizierenden Lebensverhältnissen ohne einen Lebenshelfer und Gewissensberater nicht auskommen, Menschen, die zum Ethos des Erbarmens und Helfenwollens ein möglichst großes Maß von Wissen besitzen, um nicht nur guten Willens, sondern auch lege artis helfen zu können. Vielleicht sollte man etwas zurückhaltender sein mit heute so beliebten Formulierungen wie etwa: auch der medizinische Laie, sei er priesterlicher oder einfach nur menschlicher Seelenhelfer, müsse fähig sein, eine sog. „kleine Psychotherapie" zu betreiben. Gewiß gibt es einfache Maßnahmen seelenärztlicher Hilfe, die der verstehende und gelehrige Seelsorger beherrschen kann und heute sogar muß - man denke an eine Fülle von Veröffentlichungen und Tagungen, die ihn dazu ausdrücklich befähigen wollen. Aber die entscheidende Wirkung solcher pastoralmedizinischer Belehrung der zukünftigen Seelsorger muß doch die sein, daß sie die Grenze der eigenen Zuständigkeit in jedem einzelnen Falle mit einigermaßen sicherem Urteil zu erkennen vermögen und mit peinlicher Sorgfalt einhalten. Gerade diese Belehrung wird sie geneigt und fähig machen, den Wert leiblicher Gesundheit und damit medizinischer Forschung wie ärztlicher Kunst zu respektieren und die Anbefohlenen zu ebensolchem Respekt zu führen. Nicht selten wird auch der pastoral-medizinisch gebildete Seelsorger der erste sein, der die Krankhaftigkeit gewisser Vorgänge bemerkt und die Betroffenen zu einer rechtzeitigen Beratung und Behandlung durch den Arzt veranlaßt. Daß insbesondere für die spezielle Krankenseelsorge heute eine umfassende pastoralmedizinische Vorbildung geradezu gefordert werden muß, dürfte jedem einsichtig sein, der weiß, um welch schwierige Lebensaufgabe es bei der Auseinandersetzung mit dem „Schicksalsmaterial" einer schweren, das Leben bedrohenden Krankheit geht. Und gerade weil hier die Seelsorge des Amtspriesters auch dem ärztlichen Wirken am Krankenbett entscheidende Hilfe zu leisten hat, eine Hilfe, auf die der Arzt einen echten Anspruch hat, darf sie nicht dilettantisch betrieben

werden und kann sie auch nicht auf die bloße Erfahrung der Praxis gegründet bleiben.

II.

Sagen wir - in aller Bescheidenheit freilich, da wir uns nicht anbiedern wollen - noch ein Wort über die andere Aufgabe einer sog. Pastoralmedizin (gerade hier wird offenbar, daß dieser Terminus kaum geeignet ist, das ganze dieser Aufgabe zu bezeichnen!): *den möglichen Dienst der Theologie und kirchlichen Seelsorge an Medizin und Arzttum, vorab heute.*

Die Bereitschaft, auch ein solches Wort zu hören, solche Gedanken unbefangen zu erörtern, ist heute ohne Zweifel sehr viel größer als noch vor einem Menschenalter (da wir jungen Studenten noch allzu selbstverständlich, wenn auch längst nicht mehr mit ganzer Zustimmung auf dem Kommers sangen: „Der Mediziner ist kein Christ"). Im Vorwort des weit beachteten Buches „Medizin in Bewegung" sagt Richard Siebeck[1]): „Ich schreibe als Arzt über die Fragen des menschlichen Lebens auf Grund ärztlicher Erfahrungen und Erkenntnisse, das ist mein Auftrag. Aber ich weiß, daß der Politiker, der Philosoph, der Ethiker oder der Theologe noch Anderes, sicher nicht weniger Wesentliches zu diesen Fragen zu sagen haben, und ich bin davon durchdrungen, daß ihr Wissen und ihre Einsichten auch in unser Bereich erhellend einstrahlen. Unsere Pflegestätte ist die universitas litterarum; möchte sie doch wieder viel fruchtbarer und viel geschlossener werden - bei aller Aufgeschlossenheit für die Welt und das Leben in allen Nöten"; und wenig später steht ein ausdrückliches Dankwort an die theologischen Freunde und das sehr freimütige Geständnis: „Ohne das, was ich von ihnen gelernt habe, hätte ich dieses Buch nicht schreiben können". Die Kundigen wissen, daß ich noch manche medizinischen Autoren von heute zitieren könnte, die sich mit den Sinnfragen der medizinischen Wissenschaft wie Praxis sehr ernsthaft beschäftigen, die damit von selbst in die Nähe der Theologie kommen, auch wenn sie nicht ausdrücklich - wie dies heute sogar ärztliche Kongresse tun - den Theologen um seine Mithilfe bitten.

Lassen Sie mich - wegen der Kürze der Stunde - auch hier nur einige Hinweise geben, eine mehr theoretische und eine mehr praktische Hilfsmöglichkeit der Theologie gegenüber Medizin und Arzttum mehr andeuten als eigentlich darlegen.

---

[1]) Stuttgart², 1953, S. IX.

(1) Mehr den je sind Medizin und Arzttum heute, von außen wie von innen her, gezwungen, sich selbst und ihr Tun neu zu überdenken, Grundsätze und Grundhaltungen des ärztlichen Ethos vertieft zu begründen.

Es kann heute nicht mehr übersehen, erst recht nicht geleugnet werden, daß Medizin und Arzttum, dank der hervorragenden Erfolge und Fortschritte der letzten Generationen von Forschern und Praktikern, an eine gewisse Grenze gekommen sind. Standen sie Jahrtausende hindurch vor der Aufgabe, nach Möglichkeit jedem einmal empfangenen Menschenleben, dem die Natur und damit deren Schöpfer hinlängliche Lebenskraft mitgegeben hatte, zu der ihm gemäßen Lebensdauer zu verhelfen, so scheint dieses schier unglaubliche Ziel als Frucht gewissenhafter Sorge und forschender Mühsal heute weithin erreicht. Freilich bleiben auch heute noch neue Aufgaben und Fragen, entscheidende Möglichkeiten des Fortschrittes, gewiß auch noch Wagnisse mit nur geringer Erwartung des Sieges. Aber diese stellen nicht das eigentliche ethische Problem dar. Dieses stellt sich vielmehr dort, wo bei der übergroßen Zahl der Kranken die ihnen zugemessene Lebenszeit erfüllt scheint, wo bei ehrlicher Besinnung ärztlicherseits nur noch Maßnahmen möglich - und damit sinnvoll - sind, die „ein hinhaltendes, taktisch raffiniert geführtes Rückzugsgefecht darstellen, das immer an den gleichen Abgrund führen muß, an die Grenzsituation des Todes“ [1]). Wenn das Leben des alten Menschen wirklich erfüllt scheint - welche Schwierigkeiten enthält freilich in concreto schon eine solche Feststellung! - kann wohl kaum eine rein quantitative Verlängerung dieses Lebens, gar unter Kaufpreisen, die kein eigentliches vollmenschliches, manchmal vielleicht kaum noch menschenwürdiges Dasein, um nicht zu sagen nur noch ein Vegetieren ermöglichen, unter allen Umständen Richtziel äußerster ärztlicher Bemühung sein. Mit Recht weisen Ethiker und Moraltheologen [2]) darauf hin, daß solche Auffassung geradezu nach dem anderen Extrem der Euthanasierung unheilbarer Schwerkranker rufe. Daß

[1]) W. Schöllgen, Ärztliche Ethik und christliche Moraltheologie, in: Aktuelle Moralprobleme. Düsseldorf, 1955, S. 393—404, S. 395; vgl. vom gleichen Autor das Einleitungskapitel in „Gegenwartsfragen der Psychiatrie für Ärzte, Erzieher und Seelsorger“, hrsggb. von W. Schöllgen und H. Dobbelstein. Freiburg, 1956, S. 1—76; vgl. ders., Arzt, Seelsorger und Kurpfuscher, Würzburg², 1949.

[2]) z. B. W. Schöllgen, a.a.O., S. 396: „Die Forderung der Euthanasie ist das Gegengewicht zu der problemlos weitergetragenen, rein quantitativen Norm der Lebensverlängerung . . . Die Forderung der Euthanasie wird so lange nicht verstummen, ja, sie wird immer weitere Freunde gewinnen, wenn nicht die ärztliche Ethik sich vertieft und technische Kunststücke verbietet, die keinen humanen Sinn haben können“.

aber ein bewußtes und direktes Beendigen des Menschenlebens durch ärztliches Tun dem Grundsatz des ärztlichen Ethos ebenso zuwider ist wie dem 5. Gebote des Dekalogs, ist heute wohl Grundüberzeugung der Ärzte. Sie dürfte dies aber kaum unangefochten bleiben können, wenn weiterhin als ungeschriebenes oder gar ausdrücklich formuliertes Gesetz ärztlicher Pflichtenlehre die Lebenserhaltung und, wenn auch noch so kurze, Lebensverlängerung immer und unter allen Umständen und Bedingungen und mit allen Mitteln gefordert würde. Es gilt den prinzipiellen ethischen Unterschied ernsthafter zu erwägen, der besteht zwischen einer Handlung, die die Beendigung des Lebens objektiv und subjektiv zum Ziele hat, und der Unterlassung einer in sich nicht mehr sinnvollen ärztlichen Maßnahme, als deren Folge das Gesetz des absterbenden, in seiner Lebenskraft erschöpften Organismus dessen natürlichen Zerfall herbeiführt. (Ganz allgemein sind wir heute ja skeptischer geworden gegenüber einem nur quantitativen Fortschritt, der wahrlich an sich und in sich noch längst nicht unbedingt einen Wert darstellt, wenn er selbstverständlich auch der sinnvollen Verwirklichung des Menschenlebens weithin durchaus eine Hilfe bieten kann).

Gerade dies haben Medizin und Arzttum mit Theologie und kirchlicher Seelsorge gemein, daß sie um eine letzte Vergeblichkeit wissen, die sie praktisch bewältigen und theoretisch aufarbeiten müssen. Deutlicher und ausgeprägter als andere Zweige menschlicher Wissenschaft und Kunst erfahren beide neben der „einfachen Situation", die sich durch weitere Forschung, neue Kenntnisse und praktische Fortschritte, wenn auch nicht immer einfach und rasch, aber eben doch prinzipiell innerweltlich bewältigen läßt, die sog. „Grenzsituation" (in der Terminologie von K. Jaspers), an der alles menschliche Bemühen an ein absolutes Ende gelangt. Unerbittlicher, unübersehbarer als der Medizin früherer Generationen, die eben noch fast ausschließlich mit der Natur gegen den vorzeitigen Tod kämpfte, stellen sich der heutigen *Tatsache und Problem des Todes.* Naturgemäß steht auch sie in der Versuchung, der frühere Generationen von Ärzten und Forschern leichter erliegen konnten, den Ernst dieser Frage und Situation nicht zur Kenntnis zu nehmen, die Bereitung des Kranken für diese entscheidende, letzte, schwerste und vielleicht doch wichtigste Aufgabe des Lebens allzu rasch aus der eigenen Zuständigkeit abzuschieben. Wenn sich Theologie und Seelsorge sehr ernsthaft vor falscher Relativierung des diesseitigen menschlichen Lebens hüten müssen, so dürfte die Medizin wohl eine einseitige Auslegung des Grundsatzes der prinzipiellen und unbedingten „Heiligkeit des menschlichen Lebens" und vor allem nur scheinbar selbstverständliche einseitige Folgerungen daraus neu überdenken müssen.

Es ist nicht Zufall, daß etwa die alte Frage nach der *Wahrhaftigkeitspflicht des Arztes* gegenüber dem Schwerkranken, die von Ethikern und Theologen immer wieder einmal angeschnitten wurde, in den letzten Jahrzehnten von Medizinern und Ärzten neu gestellt wurde, und gerade von diesen weithin mit dem Tenor: „Es ist sicher falsch, das Verschweigen des drohenden Todes zu einem Axiom für den Arzt zu machen" [1]). Selbstverständlich geht es weder bei erfahrenen Ärzten noch bei lebensnahen Theologen um die simplizistische, rigoristische, moralistische Forderung, dem Patienten „unter allen Umständen" die Wahrheit zu sagen, da es doch Fälle gibt, in denen die Diagnose nicht hinlänglich sicher ist, und noch mehr Fälle, in denen ein Unreifer - und wer dürfte sich erkühnen, sich selbst allzu sicher solche Reife zuzusprechen, geschweige denn einem weniger bekannten Dritten! - vor einem Wissen geschützt werden muß, das ihn nur in Verzweiflung, ja gar in die Gefahr der Selbsttötung werfen würde. Aber es sind heute auch Ärzte, die wissen und sagen, daß der reife Mensch auch zu sterben wissen bzw. gelehrt werden müsse, daß es zu den ärztlichen Aufgaben gehöre, den erziehbaren Kranken dorthin zu führen, ja daß es der Würde der Asklepios-Jünger entspreche, immer neu die Grenzsituation des menschlichen Seins zu erfahren und mit immer neuen einzelnen Patienten durchzuleiden.

Würden Medizin und Arzttum diese Aufgabe prinzipiell ablehnen, so würden sie der nicht selten ausgesprochenen, häufiger wohl nur dumpf empfundenen Klage recht geben, die moderne Medizin hindere viele Menschen am Sterben, helfe ihnen aber nicht zum wirklichen menschenwürdigen, persönlichen Leben. Damit würden sie der Würde des Arzttums nicht gerecht, u. a. mitschuldig werden am drohenden Fehlverständnis des ärztlichen Wirkens bei der gedankenlosen Menge oder gar, was sozialpathologisch noch verheerender wäre, dem Hang des säkularisierten Menschen zur säkularisierten Magie Vorschub leisten, der die Menschen von heute so leicht vom Arzt weg zum Scharlatan treibt. Immer mußte der Arzt, und heute ist er dazu wohl viel ernster gerufen, als harte Wirklichkeit tragen und bewältigen lernen, daß er mit Tatsächlichkeiten zu tun hat, die nicht „einfach" sind.

Einfach ist gewiß das Problem der *Schmerzen* nicht, die wohl auf Strecken hin biologisch sinnvoll sind, aber darüber hinaus auch als freischwebende, rein biologisch sinnlose vorkommen, in denen dem Menschen aber durchaus eine verborgene Aufgabe vorgelegt sein kann, ein Aufruf an einen leichtfertig dahinlebenden Menschen,

[1]) A. Jores, Der Mensch und seine Krankheit, Stuttgart, 1956, S. 116.

den man einer Gnade berauben könnte, wenn man ihm die Schmerzen vorschnell hinwegnehmen würde, an eine in äußerlicher Lebensbetriebsamkeit und Eudämonie schier versinkende Gesellschaft, die solcher existentieller Mahnung durchaus bedürftig sein kann. Damit soll wahrlich nicht behauptet werden, es gebe eine Pflicht des einzelnen Menschen, den Schmerz zu lieben und unter allen Umständen und immer zu ertragen, eine Pflicht oder auch nur ein Recht des Arztes, ihn beliebig auch in den Fällen bestehen zu lassen, in denen er ihn mit vertretbaren Mitteln vermeiden oder beseitigen könnte. Solche Pflicht besteht auch nicht für den Christen, wie kein geringerer als der gegenwärtige Papst mehrfach feststellte, wobei er sogar die Berufung auf einzelne, allzu primitiv ausgelegte Schriftworte (Gn. 3, 16; Mt. 5, 48; 1 Tess. 4, 3) oder das Beispiel des Herrn vor seiner Kreuzigung (Mt. 27, 34) ausdrücklich abweist (Rede vom 8. Januar 1956 über schmerzlose Geburt und vom 24. Februar 1957 über Anästhesie). Hier ist ja nur die Rede von einer evtl. Pflicht des einzelnen, die in einer besonderen Situation einmal gegeben sein kann [1]).

Einfach ist gewiß auch nicht das quälende Ringen des Kranken um den Sinn dieser seiner Krankheit; und doch steckt eine Aufgabe darin, kann sogar ein Aufruf zur Läuterung und zu neuen Reifungsgraden darin enthalten sein, ein Anruf zudem an die Gesellschaft, das Leben nicht zu billig zu nehmen und nicht vorschnell Sittlichkeit mit Utilität zu verwechseln. Der Mensch unserer Zivilisation, der als gegen Krankheit versicherter Bürger des Sozialstaates so etwas wie einen Rechtsanspruch auf Wiederherstellung seiner Gesundheit zu haben glaubt, ist ohnehin allzu geneigt, im Arzt so etwas wie den Inhaber einer Reparaturwerkstätte [2]) zu sehen, der Pflicht und Schuldigkeit hat, ihn zu kurieren, ohne ihm persönliche Opfer, Änderung falscher Lebensweise oder gar in irgend einer Form Nachdenken über den möglichen Sinn des körperlichen Symptoms abzuverlangen. Würden Medizin und Arzttum solcher Auffassung auch nur im äußeren Betrieb, gar im inneren Selbstverständnis im geringsten entgegenkommen, gäben sie sich selbst als akademische Disziplin auf, als uralter Stand, der mit Würde umgeben ist, weil er mit Leben und Tod zu tun hat und damit mit letzten Daseinsfragen, -werten und -aufgaben. Dann wäre der Schritt zum

---

[1]) Vgl. des Verf. Aufsatz „Um den Sinn des Schmerzes", Med. Klin. 51 (1956), S. 917—921.

[2]) Vgl. W. Schöllgen, a.a.O., S. 394: „Aus seinem technomorphen Denken betrachtet der Durchschnittspatient jede Krankheit, erst recht jeden Unfall als eine Panne, ähnlich der eines Wagens. Der Arzt ist ihm der Monteur, der Bescheid weiß und zu helfen hat. Daß es für den Körper noch kein angepaßtes Ersatzteillager gibt, betrachtet er als klägliche Rückständigkeit".

„Gesundheitsfunktionär" in der kollektivistischen Gesellschaft, dem der totalitäre Staat die möglichst lange Erhaltung der menschlichen „Produktivitätskräfte" abverlangt, wahrlich nicht mehr allzu weit. Damit soll selbstverständlich nicht das Geringste gegen eine echte Sachlichkeit im Verhältnis von Arzt und Patient gesagt sein, nichts gegen die technische Ausstattung des ärztlichen Sprechzimmers, auch nichts gegen die Verpflichtung der modernen Klinik, auch zur plötzlich notwendigen lebenrettenden Hilfe die personalen und sachlichen, somit auch technischen und künstlichen Voraussetzungen nach dem neuesten Stand der Wissenschaft und Kunst präsent zu haben! Aber der wissenschaftlich gebildete und zu Werken der reinen Wissenschaft und der wirklichen Kunst befähigte Arzt muß mehr wollen und vom Patienten auch mehr verlangen. Wie er sich zu mühen hat, Wesen und Sinn der Krankheit und die Individualität des kranken Menschen zu verstehen, so muß er vom Patienten mit suggestiver Führungskraft Revision falscher Lebensweise, Bereitschaft und Fähigkeit zur Erfüllung begründeter Gebote und Verbote verlangen. Ohne solchen Anspruch würde der Arzt weder sich selbst noch den Patienten ernst genug nehmen, der ihm doch stets persönlich und amtlich, aus Gerechtigkeits- und Liebespflicht anvertraut ist. Ohne solches Ernstnehmen des Patienten - selbst gegen dessen bewußten Willen! - würde gerade der Arzt mitschuldig werden, daß der Patient sich vom Arzt weg in die Hand des Kurpfuschers begäbe. Gerade über das Problem des Kurpfuschers, der säkularisierten Magie im wissenschaftlichen Gewand - wer vermöchte übrigens im Einzelfall immer sicher die Grenze anzugeben? Bedarf es dazu nicht wahrlich geradezu eines Charismas der „Unterscheidung der Geister"? - ist das Gespräch zwischen Medizin und Theologie geradezu notwendig [1]). Zu Epochen der Sinnentleerung des Lebens gehört der heilpraktizierende Scharlatan offenbar zwangsläufig hinzu. Findet der Kranke den „Heiland und Erlöser" nicht in echter Religiosität, eine plausible Antwort auf die häufig sogar nur unbewußte Frage nach dem Sinn seines Krankseins nicht beim Arzt, so verfällt er fast zwangsläufig der Magie. Ganz gewiß darf sich der Arzt nicht in die Erlöserrolle drängen lassen, in falscher Pose unbedingte Hoffnung zu geben und unbedingtes Heil zu versprechen; gewiß darf er eine unbewußt ihm entgegengebrachte absolute Gläubigkeitsbereitschaft nicht annehmen, ihr nicht einmal

[1]) Vgl. dazu in des Verf. zit. Buch die Kapitel: Die Deutung der Krankheit (S. 290—305) und: Die Seelsorge im Dienste am Kranken und Gebrechlichen (S. 305 bis 311); ders., Persönliche Freiheit und Verantwortung als Voraussetzung persönlicher Lebensführung; Regensburger Jahrbuch für ärztliche Fortbildung V (1956), S. 1—9.

entgegenkommen. Ein innerweltlicher Mut zum absoluten, unbedingten Lebensversprechen ist Magie. (Für den gläubigen Jünger Christi gibt es unbedingte Hoffnung für sich selbst und für den leidenden und noch den sterbenden Bruder, aber eben nur die im Glauben bejahte übernatürliche Hoffnung, gestützt auf Gottes Wort, das Gebet der Kirche und die Heilszeichen der Sakramente). Ebenso gewiß aber würden Medizin und Arzttum ein Stück der unabdingbaren Aufgabe ihres Standes verleugnen, wollten sie nicht sehr ernsthafte theoretische und praktische Überlegungen und Versuche unternehmen, um der seelischen Volksgesundheit willen drohende, ja gegenwärtige schwerste Gefährdungen zu durchleuchten und abzuwehren. (Selbstverständlich bedürfen sie dazu der Hilfe anderer Wissenschaften und Stände, nicht zuletzt der christlichen Theologie, deren sie sogar sicher sein müssen). Der Arzt hat eben nicht nur Symptome leiblicher Störungen zu beseitigen, sondern ist einer allseitigen Gesundung verpflichtet. Nur so kann er sich glaubhaft machen in schweren Daseinsnöten, daß er auch verschüttete Seelennot zu sehen, Verkrampfungen zu lösen versteht, um so den ärztlichen Bemühungen im engeren Sinn überhaupt erst den Boden zu bereiten.

(2) Christliche Seelsorgewissenschaft und Seelsorge vermögen gerade in der praktischen Führung des kranken Menschen dem Arzt zu helfen zu dem, was seines ärztlichen Handelns Ziel und Aufgabe, zugleich aber Voraussetzung ist: *zu persönlicher Lebensführung in Freiheit und Verantwortung.*

Wissenschaft und sittliches Bewußtsein der Menschheit sind sich darüber einig, daß Selbstverantwortung zum Menschsein, zur Person, zum Menschen als geschichtlichem Wesen unveräußerlich hinzugehört, daß persönliche Lebenssituation als Antwort personalen Entschluß, persönliches Tun und persönliche Bewährung erfordern, Fähigkeit und Willigkeit, in jeder wenigstens wichtigeren Situation des Lebens die sittliche Anforderung zu erkennen und ihr zu antworten. Nicht nur der Psychotherapeut, auch der praktische Arzt weiß heute, was übrigens in Zeiten des alten Hausarztes kaum reflektierte Lebensweisheit war, daß die Unordnung im geistig-sittlichen Bereich der Persönlichkeit von entscheidender Bedeutung ist für Entstehung und Verlauf leiblicher Störungen. Eine Therapie, die mehr sein will als bloße Symptomkur, muß sich also auch um solche gesamtmenschliche Ordnung bemühen. Es kann kaum übersehen, erst recht nicht geleugnet werden, daß sich der Aufgabenkreis der Medizin und des Arztes in unserer heutigen Gesellschaft in einem doppelten Sinn ausweiten muß: einmal müssen ärztliche Wissenschaft und Kunst sich noch bewußter und sehr ernsthaft

auch um die seelisch-sittliche Disposition und Reife des Patienten mitbemühen; zum anderen müssen sie auf die Dauer wohl noch zielstrebiger und energischer mitarbeiten an der sozialpädagogischen Aufgabe einer (in sehr weitem Sinn zu fassenden) vorbeugenden Hygiene des gesamten menschlichen Lebensbereiches. Der wahre Arzt liest diese Aufgabe, ihre Leistung oder Nicht-Leistung schon an Erfolg oder Mißerfolg, an Aussicht oder Aussichtslosigkeit seiner Heilmaßnahmen ab. Sicher werden der einzelne Arzt, die wissenschaftliche Medizin, der ärztliche Stand auf die Dauer nur ernst genommen werden, wenn sie auch die sittliche Erziehung, somit die Gesamthaltung des an Leib und Seele kranken Menschen, darüber hinaus sogar der kranken Gesamtgesellschaft prinzipiell als ihre Aufgabe sehen.

Bei so weit gesteckter Aufgabe sollten sich die Asklepios-Jünger der Mithilfe aller mitzuständigen Wissenschaftszweige und Stände versichern, nicht zuletzt der christlichen Theologie und Seelsorge, die aus Offenbarung und geschichtlicher Erfahrung erhellende Lehre, übernatürliche Gnadenkräfte und natürliche Weistümer einzubringen haben. Weiß doch der der Offenbarung vertrauende Mensch um seine Verpflichtung zum dreifachen Ja: dem Ja zur gesamten Schöpfung, vorab der mitmenschlichen, dem Ja zur eigenen Person und Lebensgeschichte - zu jenem Ja also, von dem alle Neuroseheilung lebt, ohne daß der Helfer freilich befugt wäre, es im eigenen Namen zu verlangen! - und dem Ja zum persönlichen, den Menschen total einfordernden Gott. Wir alle wissen - manche unter Schmerzen-, wie sehr die christliche Sitte heute erschüttert ist, die durch Jahrhunderte das Leben des abendländischen Menschen trug und barg, welche gefährlichen religiös-weltanschaulichen Leerräume vorab beim europäischen Menschen unserer Epoche entstanden sind, in der die lange nachwirkenden christlich bestimmten Ethosreste mählich aufgebraucht scheinen. (Übersehen wir freilich auch nicht einen deutlichen Zuwachs an christlicher Prägekraft bei vielleicht für die Gestaltung der Zukunft nicht unwichtigen Gruppen). Wie immer der Arzt sich aus seiner Gewissensüberzeugung für sein persönliches Leben zum christlichen Glauben stellen mag, er wird sich gewiß davor hüten, bei seinen Patienten irgendwie zur restlichen Zerstörung christlicher Lebens- und Todeswertung beizutragen. Er wird wohl auch positiv seine noch kirchengläubigen Kranken auf die Hilfsmöglichkeiten christlicher Seelsorge hinweisen. Er könnte, ja sollte dem Wirken des christlichen Seelsorgers am kranken Menschen Verständnis entgegenbringen, selbst wenn er sich nicht zu dessen direkter Unterstützung berufen fühlt. L. R. Müller sagte in seiner Erlanger Abschiedsvorlesung: „Wir Ärzte, die wir doch . . . Leute sein wollen, welche die ärztliche Kunst beherrschen, dürfen nicht

verkennen, welche große psychotherapeutische Kraft dem religiösen Glauben und dem Gebete zukommt. Und so halte ich es für ein großes Unrecht, wenn von ärztlicher Seite etwas geschieht, was die religiöse Überzeugung des Kranken erschüttern könnte. Der Arzt muß sich darüber klar sein, daß keine Form der Philosophie oder Ethik und keine Weltanschauung den charakterlichen Halt eines religiösen Glaubens ersetzen kann" [1]. Eine gemeinsame Besinnung auf Gefährdung und Rettung des Standesethos bei Priester und Arzt erweckte in unserem Jahrhundert sogar ein deutliches neues Sehnen und eine offene Bereitschaft zum gemeinsamen Wirken an dem an Leib und Seele kranken Menschen von heute. (Es kann und braucht hier nicht wiederholt zu werden, was alles in den letzten Jahrzehnten zum Thema der „Wiederbegegnung von Priester und Arzt" [2] gesagt wurde).

Für den wahren Arzt geht es darum - in etwa ist er ein priesterlicher Mensch - dem anvertrauten Menschen über die Amtspflicht hinaus wohlwollende Liebe zu zeigen, sich in „seinen" Kranken immer neu dem „Jammer der Kreatur", dem menschlichen Sein zum Tode hin zuzuneigen. Solche verstehende Liebe fällt gewiß schwer gegenüber dem fordernden Menschen von heute, der nicht gewillt, häufig nicht mehr fähig scheint, wirkliche Verantwortung zu übernehmen. Es erfordert für den Arzt heute hohe Reife, sich vor den extremen Gefährdungen seines Tuns am kranken Menschen zu bewahren: vor utopischer Zielsetzung und Erwartung und daraus quellender Überforderung des wesensmäßig unvollkommenen Menschen, ebenso aber auch vor der skeptischen Resignation, dem defaitistischen Verzweifeln an Sinn und Möglichkeit des heilenden Einwirkens auf den Menschen. Dem Gläubigen hilft hier das Evangelium, das eine radikale Heilung des Menschen in dieser Weltzeit als utopisches Ziel erweist und trotzdem dazu verpflichtet, die einzig mögliche Symptomkur mit täglich neuer Tatkraft und Verantwortungsbereitschaft, mit lauterem Auge, wachem Ohr und bereitem Herzen anzupacken. Für alle, die dem Humanum um des Schöpfers und Erlösers willen vertrauen, wie bei denen, die ihm um seiner selbst willen glauben Kraft und Sorge zuwenden zu dürfen, ja zu sollen, geht es darum, bei allem Realismus der Beurteilung einer ernsten, oft wahrhaft düsteren Wirklichkeit die Bereitschaft des Herzens zu bewahren, allen Erfahrungen zum Trotz an den Menschen und seine Heilbarkeit zu glauben, das größere Herz, den größeren Glauben und die größere Liebe zu bewahren. Diese Hal-

[1] Geschichte der Medizin, in: Mü.Med.Wo. 83 (1936) S. 1175—1179, S. 1178. L.R. Müller war 1914—1920 Leiter der Med. Poliklinik in Würzburg).

[2] Vgl. u. a. Fleckenstein, a.a.O., S. 311—315.

tung ist für alle Zeiten die Herzmitte des wahren und unzerstörbaren Arzttums, Kraftquelle und Erkenntniszeichen des priesterlichen Menschen.

Möge unsere Alma Mater gerade heute äußeren wie inneren Raum haben und geben für die Erforschung und Bewältigung von Grenzgebieten, für das Gespräch zwischen den Fakultäten. Sind doch diese Gebiete und Gespräche nach allen Seiten befruchtend und anregend, gerade wenn und selbstverständlich nur wenn dabei die vorgegebenen Grenzen der Bereiche und Methoden gewahrt bleiben. Die Pastoralmedizin bemühte sich bisher ehrlich darum, bei aller Bereitschaft zur Begegnung Grenzüberschreitungen zu vermeiden. Mögen sachliche Sauberkeit und Lauterkeit der Gesinnung noch vorhandene Mißverständnisse und Schwierigkeiten überwinden und vorhandene Ansätze bestärken helfen zum Wohle der kranken Menschen und der menschlichen Gemeinschaft.